

Juchnowiec Górny,

### Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_,  
po zapoznaniu się z informacjami zawartymi poniżej, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu świadczenia usług medycznych przez Ośrodek Zdrowia Medfil Sp. z o.o. ul Białostocka 1a 16-061 Juchnowiec Górny

Niniejsza zgoda obejmuje przetwarzanie następujących kategorii danych osobowych:

- imię/imiona, nazwisko,
- data urodzenia,
- Pesel,
- adres zamieszkania,
- numer telefonu kontaktowego,
- adres e-mail.

Administratorem i odbiorcą danych osobowych jest  
Ośrodek Zdrowia Medfil Sp. z o.o. ul Białostocka 1a 16-061 Juchnowiec Górny

Zgodę niniejszą składam dobrowolnie i oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o uprawnieniach przysługujących mi, w szczególności o prawie dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, a także prawie do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dodatkowo, przyjmuję do wiadomości, iż podanie Administratorowi wskazanych powyżej danych osobowych jest dobrowolne, ale jest niezbędne w celu świadczenia usług medycznych przez Ośrodek Zdrowia Medfil Sp. z o.o. ul Białostocka 1a 16-061 Juchnowiec Górny

Jednocześnie, oświadczam, że jestem świadomy/a, że niniejsza zgoda może być przeze mnie odwołana w każdym czasie poprzez pisemne oświadczenie.

\_\_\_\_\_  
(czytelny, własnoręczny podpis)